L'EPILEP

OU

SA VAL

Le D L

6

L'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE

OU PARTIELLE

SA VALEUR DIAGNOSTIQUE

Conditions dans lesquelles elle peut être utillisée pour la trépation et pour la recherche des lésions cérébrales,

PAR

Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine.

Du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*

25 NOVEMBRE 1901

[Paris 1901]

DU MÊME AUTEUR

TRAITEMENT DES FRACTURES

PAR LE

MASSAGE ET LA MOBILISATION

Grand in-8° de 590 pages

AVEC 66 FIGURES DANS LE TEXTE

Prix : **18** *francs.*

Chez RUEFF, 106, boulevard Saint-Germain

Cet ouvrage est consacré à la nouvelle méthode appliquée à tous les cas de fractures permettant de l'utiliser. Toutes les figures photographiées montrent les différents temps et les divers cas d'application ; tous les détails de la pratique sont minutieusement exposés.

L'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE OU PARTIELLE

SA VALEUR DIAGNOSTIQUE

Conditions dans lesquelles elle peut être utilisée pour la trépanation pour la recherche des lésions cérébrales,

PAR

Le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

L'ouverture du crâne pour le traitement des maladies cérébrales est devenue une pratique possible, suffisamment utile et sans risques trop graves, pour amener une transformation profonde dans la thérapeutique directe des maladies cérébrales.

Toutefois, et bien qu'il y ait déjà vingt-cinq ans que j'ai indiqué la bénignité relative de la trépanation sous l'influence de la méthode antiseptique, la chirurgie cérébrale n'a pas fait les progrès que nous devions en attendre.

Cela tient, selon moi, à ce qu'on n'a pas eu toujours une conception bien nette des ressources de la trépanation, de ses avantages, comme de ses inconvénients ou de ses dangers.

Des chirurgiens qui n'avaient aucune pratique de l'opération ont voulu la montrer comme absolument bénigne et des cas de mort rapide sont venus dérouter ceux qui avaient été trompés.

D'autres ont voulu faire considérer la chirurgie cérébrale comme la chirurgie abdominale. Cependant, il n'y a aucune comparaison raisonnable à faire entre les deux.

Enfin, la notion des centres moteurs ayant été introduite comme un élément de direction pour la trépanation, des chirurgiens sans expérience ont voulu trouver là une sorte de direction mathématique, et les déboires sont venus, qui ont détourné d'une chirurgie cérébrale mieux informée.

L'ouverture du crâne pour le traitement des maladies cérébrales mérite beaucoup mieux que cela. Elle doit être faite après l'étude de certains symptômes cérébraux. Elle

peut soulager et probablement guérir bien des états très divers de la masse cérébrale et des méninges.

Au premier rang des effets qu'elle obtient, il faut placer la *décompression cérébrale*, la détente *locale et générale* du cerveau.

En règle, elle ne constitue pas par elle-même une intervention bien grave. Faite très largement, avec l'instrumentation de Horsley ou celle de Doyen, ou bien avec la mienne, qui est infiniment plus simple, elle ne présente guère de dangers immédiats que ceux qui sont en relation avec des lésions cérébrales très étendues.

En ce dernier cas, l'intervention peut être rapidement suivie de mort. Je l'ai indiqué depuis longtemps, et Horsley aussi en a cité des exemples.

Pourtant, les risques courus sont loin d'être supérieurs à ceux de beaucoup d'opérations exploratrices acceptées aujourd'hui.

Les indications des trépanations sont très multiples. Au premier rang, il faut placer les symptômes de tension cérébrale, *vertiges*, *perte de connaissance*, *attaques épileptiformes* variées, la *fièvre* en certains cas, et surtout les *douleurs* locales et irradiées.

Parmi les indications qui ont été le plus facilement acceptées par le public médical, il faut placer les épilepsies jacksoniennes. On devrait dire plus exactement les épilepsies localisées, car, dans les épilepsies observées, beaucoup s'écartent notablement du type exact décrit par Jackson.

Comme l'idée de l'épilepsie localisée était assez simpliste, on lui a donné une formule de très grande netteté qui a séduit.

Tout récemment, à l'Académie de Médecine, M. Dieulafoy rapportait une observation intéressante, qui lui avait semblé tout à fait incompatible avec les enseignements admis relativement à l'épilepsie jacksonienne.

Dans un très savant mémoire, M. Pitres, dont tout le monde connaît la grande autorité en pareille matière, a mis les choses tout à fait au point ; et, sans nier les rapports qu'une épilepsie jacksonienne pouvait avoir avec une lésion des centres moteurs, il a montré que cette épilepsie jacksonienne pouvait se produire avec une lésion des centres, avec une lésion éloignée et même avec pas de lésions du tout.

Toutefois, M. Pitres n'inférait pas de là que l'intervention chirurgicale ne pût trouver, du fait de l'épilepsie jacksonienne une indication. Mais il ne fallait pas, selon lui, lui demander une indication exclusive, ni une direction absolue.

En me plaçant à un point de vue pratique et chirurgical absolument pur, j'ai fait la critique de la communication de M. Dieulafoy. J'ai pensé qu'on me saurait gré de donner ici

a peu près *in extenso*, ma communication à l'Académie, d'une part ; parce que tout ce qui vient d'un savant clinicien comme M. Dieulafoy mérite tout notre attention, et d'autre part, parce que la détermination nette de ce qui concerne les indications de l'épilepsie localisée est de la plus haute importance pour l'avenir de la chirurgie cérébrale.

Je pense aussi que l'initiative de cette chirurgie a plus de chance de nous venir des médecins, qui observent avant nous les sujets qui peuvent être soumis à une opération, et qu'il est sage de les mettre au courant des résultats de ces pratiques.

La communication si intéressante de M. Dieulafoy sur un cas d'épilepsie jacksonienne touche une question de diagnostic et de traitement beaucoup plus complexe que l'on n'imagine.

L'observation est excellente, mais elle peut avoir reçu une interprétation différente de celle que je crois devoir lui donner. Pour vous amener à mon opinion, je vais invoquer la longue expérience que j'ai de la chirurgie cérébrale, les faits nombreux pour lesquels je suis intervenu et qui me semblent comporter un réel enseignement.

M. Dieulafoy rapporte une observation d'épilepsie jacksonienne, rapidement suivie de mort. L'autopsie a montré une gomme, grosse lésion du lobe frontal en avant de la région des centres. Il estime qu'en cette circonstance, une trépanation n'eût pas conduit à la région malade.

Si on prend à la lettre son exposé, c'est une véritable faillite des localisations cérébrales telles que nous les connaissons. Il faut les reviser.

Pour ma part, je n'accepte pas cette conclusion. L'interprétation paraît assez simple. Si, dans cette circonstance, comme dans quelques autres, il y a un mécompte, c'est parce qu'on a demandé aux localisations cérébrales plus qu'elles ne peuvent donner. Tout naturellement alors, elles ne donnent même plus ce qu'elles doivent donner.

Ce n'est pas la première fois que je soutiens cette thèse à propos de l'épilepsie jacksonienne.

Il y a dix ans, à la Société de Chirurgie, j'ai fait connaître les erreurs répandues à propos de l'épilepsie jacksonienne et je me suis appuyé pour le faire sur des observations personnelles déjà fort nombreuses. Aujourd'hui, je puis l'exposer à nouveau avec des observations plus nombreuses encore, et je puis démontrer que, malgré ces faits nouveaux, la question n'a pas changé.

D'abord, indiquons rapidement comment il faut envisager cette question de la chirurgie dirigée par les centres

moteurs. Ensuite on verra bien facilement quelles sont les causes d'erreur et de discussion.

Lorsque j'ai montré que la trépanation pouvait, en certaines circonstances, être guidée par les localisations cérébrales que l'on venait de découvrir, Broca seul avait, en précurseur, essayé de tirer parti de l'aphasie et pensait à la recherche d'un point unique répondant au centre de la parole.

Mon but fut tout à fait différent. Je montrai que les centres moteurs étant tous groupés dans une région, on pouvait, à propos d'une manifestation motrice d'un centre, découvrir directement cette région, que j'appelai *Rolandique*.

Ce n'était plus *le point* représenté par un centre qu'il s'agissait de découvrir, mais une *large région* qui pouvait devenir, pour l'opérateur, un champ de recherches.

Dans ce champ, il était facile de déterminer *de visu* ou par l'excitation expérimentale, comme on l'a fait plus tard, le centre à rechercher. Il était même facile d'y fouiller, puisque la région tout entière pouvait être ouverte et même largement dépassée en avant et en arrière.

On n'avait donc pas à se préoccuper d'une indication d'une extrême précision. La méthode était vraiment chirurgicale par l'étendue du champ opératoire et il n'y avait pas lieu de tenir compte même d'un écart important dans les indications.

Des chirurgiens qui n'ont pas pénétré toute l'importance de la méthode se sont imaginés qu'il fallait demander à l'opération les caractères d'une expérience physiologique. Ils ont compté que l'on découvrirait les lésions au millimètre près.

Ce qui a le plus contribué à les tromper, c'est qu'en quelques cas rares la chose a pu se produire. Ceux mêmes auxquels ce succès est échu en ont été si surpris, qu'ils l'ont immédiatement confié aux sociétés savantes et se sont imaginés qu'ils rencontreraient toujours ces bienheureux résultats.

Mais, tous ceux qui, comme moi ou comme Horsley ou Keen, pour ne parler que des premiers qui m'ont suivi dans cette voie, tous ceux qui ne se sont pas contentés de faire une ou deux opérations pour en publier hâtivement les résultats, ont reconnu que les indications données par tous les troubles moteurs des localisations cérébrales, ne pouvaient avoir ni la constance ni la précision. Pour déterminer pratiquement la nécessité et la direction de la trépanation, il faut tenir compte de *circonstances multiples* et juger de leur *association* avec les phénomènes moteurs.

Aucun des chirurgiens, après une expérience sérieuse,

n'a pu déterminer, comme on l'a dit, à un centimètre près, la région touchée. Les écarts reprochés à la théorie et au mode de la médecine opératoire n'ont préoccupé que ceux qui n'avaient pas compris la valeur, vraiment chirurgicale, de l'intervention.

Vous pourrez en constater la preuve dans l'examen des procédés de Horsley, qui ne recherche qu'une précision très relative, ou du moins qui découvre, avant tout, une région large, pour y chercher les lésions, et du même coup déterminer une importante décompression.

Ainsi donc, avec l'indication donnée d'un trouble moteur jacksonien, la découverte des centres moteurs connus dans la région rolandique peut être faite.

M. Dieulafoy estime que ses observations sont de nature à faire connaître une épilepsie jacksonienne ayant pour point de départ la région frontale.

Si cette interprétation était bien exacte, la conséquence fatale serait la découverte de centres moteurs nouveaux dans le cerveau.

Or, je n'en vois aucune probabilité. Non seulement la surface cérébrale a été explorée chez le singe, mais elle a été explorée chez l'homme. Rien ne peut autoriser à admettre l'excitabilité directe des parties antérieures des circonvolutions frontales.

Il faut considérer, d'une autre façon, le fait incontestable que rapporte M. Dieulafoy. L'interprétation en paraît relativement facile en tenant compte des observations antérieures que nous connaissons bien. Ce fait n'apporte pas d'enseignement nouveau. On doit le rapprocher d'autres faits dans lesquels l'épilepsie jacksonienne a été accompagnée de lésions tout ailleurs que dans les circonvolutions frontales. Ces lésions peuvent être très diverses. Mais aucune ne contre-indique la trépanation et l'ouverture du crâne dans la région des centres.

Enfin, je suis convaincu, comme M. Dieulafoy, que son malade n'avait guère de chances d'être sauvé. Mais, s'il avait une chance quelconque de salut, elle eût été certainement dans une large trépanation au niveau de la région des centres du côté gauche de la tête.

Il avait paru très simple de penser théoriquement que, les centres moteurs étant connus, l'irritation isolée d'un centre moteur devait donner lieu à *l'épilepsie jacksonienne.*

Suivant l'expression même de M. Dieulafoy : « C'est un diagnostic médico-chirurgical qui se fait couramment et qui ne demande pas une bien grande habileté clinique ».

Je me sépare absolument de notre collègue dans ses ap-

préciations optimistes sur la facilité du diagnostic local dans les maladies cérébrales.

Tout d'abord, il est fort rare qu'une maladie cérébrale soit extraordinairement circonscrite. Sans doute, on rencontre quelquefois la petite tumeur bien limitée à un point de la substance motrice avec une forme bien nette d'épilepsie jacksonienne. Mais c'est là une véritable chance.

J'ai eu la bonne fortune de rencontrer ainsi une hémorrhagie cérébrale bien limitée avec laquelle une monoplégie soulignait la localisation qu'indiquait l'épilepsie.

En règle générale, l'indication d'une lésion bien limitée est donnée par une monoplégie.

Une monoplégie succédant à une épilepsie jacksonienne ou la précédant, est une des bonnes indications de direction.

La contracture est déjà une indication moins fidèle que la paralysie.

Mais pourtant, même quand l'épilepsie localisée est seule ou même accompagnée de phénomènes paralytiques, elle n'annonce pas nécessairement une lésion siégeant *immédiatement* dans la région des centres.

Même quand les mouvements épileptiformes sont bien limités à une partie du corps, ils ne permettent pas d'affirmer la lésion propre du centre moteur.

Si donc vous trépanez, et surtout si votre trépanation est très peu étendue, limitée à tout ou partie d'une circonvolution diagnostiquée, vous risquez singulièrement de faire une opération incomplète, insuffisante, et quelquefois d'aggraver l'état du malade.

Pourquoi donc en est-il ainsi ? Serait-ce parce que les centres moteurs sont autres que ceux que l'on connaît, ou parce que l'irritation de points autres que les centres moteurs détermine des troubles dans les fonctions motrices ? Nullement.

Nos trépanations sont assez nombreuses pour prouver qu'en certains cas, la lésion originale excitant le trouble moteur épileptogène, était bien intrinsèque à la région des centres. Mais elles montrent aussi que des lésions voisines des centres moteurs, en avant ou en arrière, engendrent fort bien des troubles épileptiformes localisés.

Elles peuvent être en avant, en arrière, au-dessus ou au-dessous de la région des centres.

Elles en sont habituellement voisines.

En certaines circonstances plus rares, elles en sont assez éloignées.

C'est ce que j'ai observé, par exemple, en un cas de tumeur à la base du cerveau, qui chassait le cerveau vers un point

de la voûte. Il était probable que, de ce fait, il y avait une compression irritative sur la région des centres.

On conçoit facilement que pour une lésion simplement voisine des centres, une irritation ne porte que sur une part des centres et donne par conséquent tous les caractères de l'épilepsie jacksonienne.

Passons maintenant à des cas plus complexes. Les lésions cérébrales sont très multiples. Il y a de grosses lésions en des régions non motrices et de petites lésions au niveau des centres moteurs. Ce sont, pièces en main, des conditions très difficiles à apprécier. Cependant elles ne sont pas rares.

Je trépanai un jour avec Charcot un sujet qui avait présenté de l'épilepsie jacksonienne avec une origine peut-être traumatique.

Je dis à Charcot que je considérais le malade comme présentant une forme de paralysie générale avec des lésions très étendues qui rendraient l'intervention dangereuse.

Charcot rejetait mon diagnostic. Mais, au cours de la trépanation, je lui montrai à gauche, sur la région des centres, des lésions incontestables et qu'il ne contesta plus. Je lui montrai aussi que les lésions débordant la région s'étendaient beaucoup plus loin. Le sujet succomba, évidemment, à cause de la grande étendue de ces lésions, dont l'épilepsie jacksonniene avait paru le symptôme le plus important, tandis que j'avais signalé d'autres accidents qui témoignaient de cette étendue.

On ne conçoit pas, du reste, comment les faits se pourraient passer autrement, tous les troubles moteurs pouvant naître d'une lésion cérébrale *plus ou moins approchée d'un centre moteur*. On en voit toutes les formes suivant l'étendue et le voisinage de l'irritation.

Convulsion localisée à un membre.

Convulsion s'étendant à tout un côté du corps.

Convulsion d'abord localisée à un membre ou à un côté du corps, et s'étendant ensuite à tout le corps.

Tous ces cas résultent de l'irritation des centres moteurs. La lésion causale n'en est pas ordinairement bien éloignée, mais elle peut en être séparée par des écarts assez divers.

Nous en trouvons une preuve qui prend les caractères d'une véritable expérience après les traumatismes craniens.

Les traumatismes qui font naître les épilepsies partielles sont quelquefois en plein centre.

Ma première trépanation, faite en 1874, avec une esquille enfoncée donnant aphasie et monoplégie brachiale avait ainsi tous les caractères d'une expérience.

L'ablation de l'esquille supprima les accidents épileptiformes, puis la monoplégie et l'aphasie.

Mais l'on voit des lésions qui paraissent plus éloignées et qui donnent des accidents épileptiformes plus ou moins isolés.

J'ai trépané, il y a douze ans, un homme qui avait un enfoncement énorme du frontal droit.

Je crois que la cicatrice *sensiblement distante* tiraillait sur la région des centres. Je n'admets pas que ce fût une action *directe* sur le lobe frontal.

Pendant dix ans les attaques d'épilepsie ont disparu, puis elles sont revenues depuis peu. La cicatrice, très large, très tendue, exerçait à nouveau une traction énergique sur le cerveau et les méninges. Je l'ai trépané à nouveau. Les crises ont beaucoup diminué. Mais elles persistent cependant, atténuées, parce que mon opération, si large qu'elle soit, ne saurait supprimer définitivement une cicatrice trop étendue. Il reste un tiraillement éloigné des centres moteurs.

Il est bien vaisemblable que, dans le cas de fracture de la voûte du crâne le fait, signalé par tous les anciens, que la fracture de la table interne donne l'épilepsie, a trait à des fractures de la région des centres. Mais elle concerne aussi certaines fractures qui ne siègent pas au niveau de la région des centres, et qui peuvent l'irriter d'une façon indirecte. C'est là ce qui a fait dire que l'irritation de la dure-mère donnait l'épilepsie.

On pourrait encore attribuer à des lésions propres de la dure-mère certains faits d'épilepsie jacksonienne. Lorsqu'une lésion dure-mérienne approche la région des centres, sans même la toucher, elle peut parfaitement déterminer l'épilepsie jaksonienne.

Je pense donc, pour ma part, que, sauf le cas dans lequel elle alterne avec des monoplégies bien nettes, avec des contractures bien isolées, l'épilepsie jacksonienne peut indiquer une lésion approchant des centres tout aussi bien qu'une lésion des centres eux-mêmes, et surtout si la lésion est une grave lésion.

Ces faits sont-ils, pour la trépanation éventuelle, aussi décourageants que l'on peut le croire au premier abord ?

Certainement non. Avant tout, il faut savoir qu'il y a une série de symptômes, indiquant la trépanation mieux que l'épilepsie et qui accompagnent bien souvent l'épilepsie jacksonienue ou non.

La *douleur* est au premier rang. Puis viennent les *vertiges*.

Ces signes affirment la *nécessité* de la trépanation et le trouble épileptique en indique la région ou *certainement ou à peu près* et tout au moins *le côté*.

La trépanation poursuit deux buts distincts.

Il peut arriver qu'elle découvre une *lésion* limitée et destructive. C'est le but idéal à poursuivre.

Mais elle doit aussi vous assurer une *décompression*, vous permettre l'évacuation des vaisseaux intra-craniens et surtout l'écoulement direct du liquide céphalo-rachidien.

Elle assure une *détente* directe du cerveau.

Lors donc que vous faites une trépanation dans une circonstance analogue à celle que l'on nous signale, le premier résultat assuré est de donner *un soulagement immédiat*. Il peut arriver ainsi que l'on permette au cerveau de fonctionner, alors qu'il était arrivé au terme où la compression et l'irritation allaient suspendre ses fonctions.

Mais, en outre, si la lésion est marginale à la région des centres, l'opération mène à l'enlever en tout ou en partie.

J'ai enlevé ainsi une partie d'une tumeur constituée par une sorte de masse érectile, et déterminé une suspension complète des accidents.

Il peut arriver que vous constatiez des lésions corticales étendues comme dans la paralysie générale. Après en avoir découvert une partie, si vous voyez, comme il m'est arrivé, qu'elles s'étendent autour de la région des centres, vous agrandirez facilement votre trépanation.

Cette découverte peut vous amener à une intervention tout à fait curatrice des accidents inflammatoires de la région et de sa périphérie.

Ainsi, la trépanation, guidée par les localisations cérébrales, n'est pas utile seulement dans le cas rare dans lequel une petite tumeur bien distincte peut être enlevée.

Ce serait du reste un résultat plutôt misérable s'il était seul. Les tumeurs du cerveau proprement dites sont rares et sont généralement des tumeurs récidivantes. Bientôt après qu'ils ont été montrés, les opérés succombent avec des accidents rapidement renouvelés.

L'avenir est au contraire tout entier au traitement des lésions inflammatoires ou spécifiques par la trépanation. Elle a encore été fort peu utilisée dans cette direction. Mais les résultats sont encourageants. Ils seront surtout complets si les médecins n'attendent pas, pour les montrer aux chirurgiens, que les malades soient arrivés à une période à laquelle une thérapeutique, même locale, n'a plus de chance d'action.

Or, si l'épilepsie jacksonienne n'est pas impeccable au point de vue de la direction, elle devient un excellent signe au point de vue de l'indication.

La meilleure démonstration que je puisse donner doit consister à passer en revue les cas dans lesquels j'ai eu

l'occasion de pratiquer la trépanation pour épilepsie jacksonienne. Ils sont assez nombreux. J'ai pu distinguer les variétés parce que j'ai également fait des opérations assez nombreuses pour des épilepsies généralisées, idiopathiques ou symptomatiques.

Déjà, pour les épilepsies généralisées, l'intervention est beaucoup meilleure que l'on n'a voulu l'admettre. Mais pour l'épilepsie jacksonienne, si j'admets que l'indication est bonne, je puis aussi affirmer qu'il y a de très nombreuses variétés qui sont de nature à tromper à fond le chirurgien insuffisamment averti.

Sur 70 opérations de trépanation que j'ai faites pour accidents cérébraux non traumatiques, j'en ai fait 17 sur 15 malades dont les troubles moteurs, avec ou sans paralysie, ou bien avec contractures, constituaient des formes diverses d'épilepsie jacksonienne ou localisée.

Or, pour aucun de ces cas, je n'ai trouvé la petite tumeur bien limitée à la région des centres et permettant une ablation complète. Des lésions étaient bien limitées ; d'autres étaient beaucoup plus généralisées.

Voici les diverses lésions et les résultats que j'ai obtenus.

Trois cas de syphilis, de lésions du crâne et de méningo-encéphalite avec des améliorations, quoique les lésions fussent relativement étendues.

Plusieurs cas d'hémorragie cérébrale.

En mai 1887, sur un homme de cinquante-trois ans, localisation très nette sur la frontale ascendante. Bonne guérison.

En 1890, autre opération et ouverture d'un foyer d'hémorragie cérébrale chez un homme de quarante-cinq ans.

Bonnes suites et disparition des convulsions.

En 1889, autre opération à la recherche d'un foyer d'épilepsie jacksonienne. *Le foyer n'est pas découvert.* Rien n'apparaît à la région des centres. Un foyer hémorragique occupait une région profonde sous-jacente à la frontale ascendante (autopsie).

Plusieurs fois, j'ai trouvé des lésions existant à la surface de la région motrice et ayant tous les caractères de *plaques de méningo-encéphalite.*

Chez une femme que j'opérai deux fois, j'obtins une grande diminution des crises sans obtenir une guérison. Opération en 1889 et 1890.

Chez un jeune homme de vingt ans, j'ai trouvé une lésion analogue et j'eus des nouvelles d'une bonne guérison au bout de cinq ans. Opéré le 15 décembre 1896.

Dans deux autres cas, j'ai trouvé une lésion analogue. Chez un homme de quarante-cinq ans, elle paraissait re-

monter à un traumatisme ; il y avait hémiplégie incomplète. L'hémiplégie devint complète après l'opération (excision en plein centre moteur), puis guérit bien. Disparition des convulsions.

Chez un jeune homme de quinze ans, une contracture du bras disparut à la suite de la trépanation et de l'ablation de la plaque superficielle. Mais il revint des convulsions.

Chez un homme de dix-huit ans, je trouvai une énorme tumeur vasculaire occupant une partie de la région des centres et ayant amené des tremblements d'un membre.

Je pus en réséquer une partie.

Le sujet fut tellement amélioré qu'il pût recommencer à travailler. Opération d'avril 1896.

J'ai encore trouvé une lésion assez mal déterminée chez un homme de trente-huit ans qui avait, au voisinage de la région des centres, une plaque inflammatoire et une sorte de kyste que je vidai très bien ; bonne guérison (février 1893).

En revanche, j'ai trouvé de l'épilepsie jacksonienne bien franche chez des sujets atteints de grandes lésions étalées à la surface du cerveau.

En février 1893, trépanation d'un enfant atteint de tuberculose cérébrale. Disparition des phénomènes épileptiformes durant les premiers jours, puis réapparition et mort au douzième. C'était presque une opération *in extremis*.

Chez un malade de Charcot, attaques épileptiformes commençant par la jambe droite et perte de mémoire. Type de paralysie générale, lésions corticales bien caractéristiques. Mort en trois jours.

On voit l'extrême variété des lésions. Mais on peut constater que la direction a toujours été utile. Les cas de mort sont en rapport avec l'étendue des lésions et l'époque trop tardive de l'opération.

Mais on remarquera que si la lésion est voisine de la région des centres, dans plusieurs de ces cas, elle n'est pas confondue avec eux. Elle peut en être *tout à fait éloignée*.

Dans deux cas dans lesquels l'épilepsie localisée m'a fait trépaner, j'ai vu que l'origine des accidents était dans une tumeur existant à la base du crâne. La tumeur, chassant la convexité du cerveau vers la voûte, déterminait probablement de loin une compression locale bien nette.

Chez un homme qui survécut peu, avec une énorme tumeur de la base, il y eut un immense soulagement et point d'attaques jusqu'à la mort.

Trépanation très large chez une femme (9 octobre 1897) présentant des accès d'épilepsie d'abord localisée à droite. La crise passée, il restait de la paralysie du bras droit et de l'aphasie.

Ouverture très large, environ 7 centimètres de diamètre. Les centres ne présentent aucune espèce de lésion. Il y a seulement une extrême tension du cerveau. Les crises épileptiformes disparaissent. La paralysie du bras disparaît. Il reste un peu de parésie de la jambe droite. La malade peut se lever, marcher et parler. Peu à peu, retour des accidents. Mort et autopsie *sept mois plus tard*. Aucune lésion des centres, mais énorme tumeur de la base du cerveau à gauche refoulant la convexité de l'organe sur la voûte.

Voilà donc une tumeur éloignée, bien plus éloignée que celle que M. Dieulafoy nous a montrée, qui n'a aucune connexion avec la région frontale, et qui a amené une belle épilepsie jacksonienne avec paralysie.

Faut-il pour cela déclarer nulle la loi tirée de l'observation commune qui nous montre les épilepsies partielles dues à une lésion des centres ou voisine de ces centres, et renoncer aux larges trépanations du côté indiqué par l'épilepsie ?

Certainement non. J'ajoute que si le découragement vous prenait et vous tentait de renoncer à ce guide des localisations cérébrales parce qu'il n'est pas toujours fidèle et précis, vous n'auriez, pour le réhabiliter, qu'à vous reporter aux observations franchement traumatiques qui vous permettent de mieux disséquer vos observations et d'établir, presque comme dans des expériences sur des animaux, que les lésions qui amènent l'épilepsie jacksonienne se rattachent habituellement à des degrés divers d'approchement des centres.

En 1874, j'opère un cas en pleine région des centres avec aphasie et monoplégie.

En 1896, j'opère un homme ayant subi une fracture du crâne, à cheval sur la région frontale et sur la région pariétale. Tous ces accidents diminuèrent, quoique deux ans après il conservât un peu de tremblement de la main droite.

Enfin, une épilepsie à début jacksonien localisé, mais à généralisation rapide, a été observée chez un jeune homme que j'ai opéré en 1891 et qui resta près de dix ans sans retour de ses accès. Je n'avais touché qu'à une lésion frontale, soit en avant de la région des centres. Après le retour des accidents, j'ai eu l'occasion de le trépaner à nouveau. Il est certain qu'ici la lésion excitatrice était antérieure à la région motrice. Encore ici les résultats de la trépanation furent bons.

Ainsi, que vous ayez affaire à des tumeurs, à de la syphilis, à des hémorragies, à des lésions des méninges encore mal déterminées, à de la tuberculose, à des traumatismes,

vous voyez que l'épilepsie jacksonienne annonce des lésions le plus souvent voisines des centres.

Elle vous donne donc une indication générale assez satisfaisante pour la trépanation. Dans les cas les plus mauvais, elle nous indique au moins le côté du crâne au niveau duquel doit se faire la trépanation. Au point de vue pratique, ces observations vous apprennent que, même dans le cas dans lequel l'épilepsie jacksonienne ne peut vous amener à la découverte complète d'une lésion, la trépanation rend au sujet un service incontestable.

Vous voyez donc qu'il ne faut craindre aucune faillite des localisations cérébrales.

Mais il ne faut pas oublier que l'épilepsie jacksonienne n'est *qu'un des éléments* qui doivent affirmer la *nécessité* de la trépanation. Quant à la *direction* nous n'avons qu'à agir ici *très largement*, plus largement encore qu'en d'autres circonstances, si c'est possible.

Ceci bien établi pour la localisation en général, analysons la remarquable observation de M. Dieulafoy.

Certainement, la gomme existait dans une région non excitable ; il n'a pas trouvé des lésions de néoplasie dans la région même des centres. Mais il est facile de voir que cette tumeur frontale occupait une région très voisine de la région des centres. Elle est très rapprochée du pied de la troisième et de la deuxième circonvolution frontale, qui sont motrices.

En outre, le fait qu'à l'autopsie, M. Dieulafoy n'a pas trouvé de matière gommeuse dans la région motrice n'implique pas du tout que celle-ci fût saine au moment de l'accès.

Si on était intervenu par la trépanation, il est infiniment probable qu'on eût trouvé un état congestif extrêmement prononcé, une surface cérébrale rouge, un tissu sous-arachnoïdien tendu par le liquide. On eût trouvé de *ces modifications inflammatoires dont les traces ne persistent pas après la mort*, mais que j'ai rencontrées nombre de fois au cours de mes trépanations.

La lésion frontale était évidemment ancienne. Elle n'avait pas fait parler d'elle parce qu'elle occupait une région non motrice et qui supporte bien le développement des tumeurs.

Les accidents moteurs n'étaient survenus qu'à l'occasion d'une propagation inflammatoire à la région motrice voisine.

Cette poussée inflammatoire s'était même accompagnée d'une élévation de température caractéristique.

Elle n'avait pas assez duré sans doute pour laisser des lésions macroscopiques bien appréciables à l'autopsie.

Mais pourtant ces accidents avaient suffi à amener la mort.

La tumeur gommeuse elle-même, et à elle toute seule, n'expliquait pas cette mort.

Avant l'autopsie, comment les phénomènes symptomatiques pouvaient-ils être interprétés ?

Grosse lésion cérébrale ! Le coma persistant et l'élévation de la température permettaient de l'affirmer. Comme il n'est pas rare de trouver très diffuses les lésions cérébrales syphilitiques, la supposition très problable de la syphilis ne pouvait que nous confirmer dans cette hypothèse.

L'indication de lieu pour une intervention pouvait se formuler ainsi : *Très large trépanation gauche dans la région des centres moteurs.* Choisir pour l'ouverture la partie antérieure de cette région, le fait des convulsions du membre supérieur et de la face avec la perte de la parole indiquant la frontale ascendante et le pied de la deuxième et de la troisième frontales.

Or, que fût-il arrivé si, dans cette région, on avait fait une trépanation de 6 ou 7 centimètres de diamètre comme je le fais couramment ?

On eût trouvé une région très hyperémiée. D'après la figure, on eût probablement senti ou aperçu la partie postérieure de la tumeur gommeuse.

Mais, même en admettant que cette découverte n'eût pu être faite et qu'on n'eût *rien* aperçu de la grosse lésion, quelle pouvait être le résultat de cette trépanation en arrière de la tumeur ?

Ce résultat pouvait être très satisfaisant. La détente produite dans la circulation intra-cérébrale juste au niveau de la région motrice intéressée pouvait arrêter les phénomènes moteurs pathologiques avec lesquels la mort est survenue.

Sous l'influence de l'opération, le sujet aurait pu survivre et se défendre jusqu'à obtenir la guérison de sa lésion intra-cérébrale.

Ce n'est là qu'une hypothèse. La maladie était si grave qu'elle avait bien peu de chances de se réaliser.

Pourtant elle n'a rien que de vraisemblable et de naturel. Si elle ne doit pas se réaliser toujours, elle se réalisera certainement plus souvent qu'on ne pense.

N'est-ce pas le mécanisme par lequel on a vu souvent guérir des sujets qui, après un traumatisme du crâne, avaient un épanchement intra-cranien ? L'opération ne peut évacuer tout l'épanchement. Mais, en amenant une détente de la compression, elle permet au malade de sur-

vivre. La prolongation de sa vie lui permet de résorber les parties qui le menaçaient de mort.

Ce n'est même pas une hypothèse gratuite. J'ai, pour ma part, plusieurs observations de lésions certainement syphilitiques qui menaçaient le sujet de mort à très courte échéance. Le malade a été *trépané*, *et il a survécu*, et les lésions ont pu diminuer ou disparaître dans une mesure variable.

Il faut dire mesure variable, parce que nous savons tous combien les lésions de la syphilis cérébrale sont tenaces et combien elles ont la récidive facile.

Cependant, en un cas pareil, même si on arrivait exactement sur la lésion, il faudrait compter plutôt sur son dégagement et sa guérison secondaire que sur une extirpation de tumeur qui aurait de nombreux inconvénients.

Précisément, dans mes quinze cas d'épilepsie jacksonienne, j'ai plusieurs cas de lésions syphilitiques.

Chez un homme jeune, j'ai trouvé de l'hyperostose et une méningo-encéphalite de la région des centres. Il a survécu et les accidents d'hémiplégie se sont réduits à une jambe traînante avec une grande diminution des attaques convulsives ; opéré en 1887.

Chez un autre sujet opéré deux fois en 1890, les accès et les contractures de la main droite disparurent et il put reprendre son travail.

Chez un autre syphilitique avéré, secousses, contractures et hémiplégie droite, opéré en 1890, amélioration notable, possibilité de la marche.

Chez tous ces malades, le traitement spécifique, *inefficace avant* la trépanation, a donné *ensuite* des résultats de grande amélioration. Les phénomènes menaçants se sont enrayés en même temps que les phénomènes moteurs se sont amendés ou ont disparu.

Aussi, sans vouloir faire une critique quelconque de la thérapeutique appliquée au sujet en question, pour lequel les événements se sont si vite précipités qu'il n'est guère resté de temps pour une intervention, je ne puis accepter les conclusions de M. Dieulafoy, et je dis :

En un cas semblable, avec cette symptomatologie pressante, même avec la certitude d'une syphilis antérieure, il faut intervenir.

L'intervention est suffisamment guidée par la notion de l'excitation des centres moteurs, si on lui demande une direction générale plutôt qu'une désignation topographique absolument précise et toujours au moins une détermination *de côté*.

Je rappelle que la région des centres a une dimension an-

téro-postérieure de 3 centimètres et demi. En un point on peut dire de 5 centimètres. Une trépanation de 6 centimètres de diamètre est bien loin de compter parmi les plus larges.

Enfin, je tiens à affirmer que la douleur, les vertiges, l'élévation de la température, même les bruits intra-craniens, donnent des indications de trépanation qui s'associent avec les troubles moteurs et qu'il ne faut pas oublier.

La trépanation a une vertu curative, non seulement par la recherche de la lésion locale, mais aussi par le fait capital de la *décompression*.

Certainement, beaucoup d'états cérébraux que l'on n'a pas encore soumis à la chirurgie bénéficieraient de la trépanation si on l'appliquait à temps et avant la période qui précède l'agonie.

Des états cérébraux qui paraissent devoir échapper à la trépanation en sont absolument justiciables. Je puis citer, par exemple, certaines formes de paralysie générale. Pour ces cas, je ne voudrais pas abuser de mon diagnostic personnel de chirurgien. L'un de mes derniers opérés, très amélioré par la trépanation, m'avait été indiqué comme paralytique général par mon collègue, M. Brissaud, dont personne ne récusera le diagnostic.

Clermont (Oise). — Imp. Daix frères.

20cm
STAINLESS STEEL
24ColorCard CameraTrax.com